Die Bedeutung der Extrauteringravidität

für den praktischen Arzt

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

HERMANN HEIDENREICH

aus Hille i. Westf.

Tag der Promotion: 9. Mai 1941

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 43

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. L. Kreuz

Referent: Prof. Dr. Kaufmann

Korreferent: Prof. Dr. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Uebersicht.

Einleitung.

Implantationsstellen des Eies bei ektopischer Schwangerschaft:
in Teilen der Tube, des Eierstocks, im Abdomen.

Entstehungsursache der Extrauteringravidität:

1. Störungen im Transportmechanismus (Flimmerung und Peristaltik).
2. in der Eileitungsbahn (Entwicklungsstörungen, entzündliche Veränderungen).

Anatomie und Physiologie der Eieinnistung in der Tube und Entstehung:

1. des Tubenaborts,
2. einer Spontanheilung,
3. der Tubenruptur.

Diagnose der gestörten Tubargravidität durch:

1. Anamnese,
   a) Allgemeinerscheinungen,
   b) klinische Erscheinungen und besondere Symptome,
2. Befund.

Differenzial-diagnostische Möglichkeiten:

1. bei Untersuchung in der Allgemeinpraxis zwischen Tubenabort und
   a) intrauterinem Abort (Fall),
   b) Cystitis (Fall),
   c) Appendicitis (Fall),
   d) Adnexentzündung und Adnextumor,
   e) Retroflexio uteri gravidi, stielgedrehter Ovarialtumor, Strangulationsileus.
2. Bei Untersuchung in der Klinik:
   a) Allgemeines
   b) unspezifische Proben: Hgb, Blutkörperchenzahl, Senkungsgeschwindigkeit,
   c) spezifische biologische Reaktion nach Aschheim-Zondek,
   d) spezifisch diagnostisch - therapeutische Probe nach G. A. Wagner,
   e) diagnostische Operationen: Punktion, Explorativkolpocoeliotomie.

Schlußfolgerung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550807_0170

Die Bedeutung der Extrauteringravidität für den praktischen Arzt.

Wegen der immer wieder in eigener Allgemeinpraxis in Erscheinung tretenden Schwierigkeiten in der Erkennung des großen Gebietes allgemeiner Baucherkrankungen und wegen gestellter Fehldiagnosen, ist es mir ein besonderer Wunsch, wenigstens einen Teil der Erkrankungen dieses Gebietes bei der fortpflanzungsfähigen Frau, die „Tubenschwangerschaft und deren Folgen" herauszugreifen, weil deren rechtzeitige Diagnosenstellung lebensrettend für die erkrankte Frau sein kann, und weil sie sehr häufig schnelles Handeln erfordert, um lebensbedrohliche Zustände abzuwenden.

Implantationsstellen.

Die Einnistung des implantationsfähigen Eies kann bei ektopischer Schwangerschaft erfolgen: in der Tube, und zwar im ampullären, im isthmischen und interstitiellem Teil, an der Fimbria ovarica, auf der Oberfläche des Eierstockes, im Follikel und primär oder sekundär im Abdomen. Wo das Ei z. Zt. seiner Implatationsfähigkeit liegt, da dringt es in das mütterliche Gewebe ein.

Entstehungsursache.

Ob dafür, daß sich das Ei dann noch am unrechten Ort befindet, eine vermehrte Schnelligkeit in der Eientwicklung verantwortlich zu machen ist, konnte bisher nicht erwiesen werden, wäre aber denkbar, z. B. bei der äußeren Ueberwanderung oder bei besonders langen Tuben. Auf viele Beobachtungen gestützt wissen wir aber, daß der Entstehung einer Extrauteringravidität und vor allem der Tubenschwangerschaft, die uns hier als am häufigsten vorkommende Form auch besonders interessieren soll, Störungen des Transportmechanismus (Flimmerung und Peristaltik) und der Eileitungsbahn zugrunde liegen. Das von den Fimbrien in die Tube hineingelotste Ei wird dort vom uteruswärts gerichteten Flimmerstrom des auskleidenden Epithels erfaßt und mit Hilfe peristaltischer Be-

wegungen der Tubenwandmuskulatur weiterbefördert, es sei denn, daß im Weitertransport ein Versagen eintritt wegen Lückenhaftigkeit des Flimmerepithels oder Starrheit der Tubenwände als Folgen von Entzündungen oder Atrophie und Hypoplasie beider Anteile. Aber die überwiegende Anzahl der Fälle von Tubargravidität findet ihre Erklärung nicht in Störungen des Transportmechanismus, sondern in pathologischen Veränderungen der Eileitungsbahn feinerer oder gröberer Natur (Hoehne), die entweder auf Entwicklungsstörungen beruhen oder viel häufiger auf dem Wege von schweren entzündlichen Prozessen erworben sind. Als Entzündungsfolgen von puerperalen, gonorrhoischen oder tuberkulösen Salpingitiden herrührend, oder Folgen, deren Ursprung im fieberhaften Abort, Appendicitis, Entzündungen nach Intrauterin- und Laminariastift zu suchen sind, zeigen sich maschenartig verklebte Schleimhautfalten, blindsackartige Ausbuchtungen des Tubenlumens. Oder durch Septierung und Zerklüftung der Tubenwand ist das Tubenlumen so eng geworden, daß zwar Spermatozoen hindurchschlüpfen, das befruchtete Ei aber auf seinem Wege steckenbleiben muß.

Anatomie und Physiologie der Einnistung.

Die gewöhnliche Einnistung des Eies in der Tube erfolgt im ampullären Teil, erst dann folgen im weiten Abstand Einbettung im isthmischen und interstitiellen Anteil. Wie sind dabei die anatomischen und physiologischen Verhältnisse? Wenn die Ansiedlung des Eies in einem so dünnwandigen Fruchthalter verglichen mit dem sonst so massiven, normalen Brutraum erfolgt, so muß es schon frühzeitig zu Störungen kommen, die nicht nur die Weiterentwicklung des Eies, sondern auch das Leben der Mutter auf das schwerste gefährden, insbesondere, wenn man die histolytischen Fähigkeiten des nidationsreifen Eies berücksichtigt; denn der Trophoblast versucht auch hier für das Ei ein Bett zu graben, findet aber nicht wie im Uterus eine unter dem Einfluß des Corpus luteum graviditatis erheblich verdickte Schleimhaut, die Decidua, sondern eine sehr dünnwandige, meist durch Entzündungsprozesse im anatomischen Aufbau veränderte spärliche Schleimhaut. Wenn die Trophoblastmassen gleich durch die dünne Schleimhaut in die Muscularis vordringen, dann erfolgt die Entwicklung des Eies nicht im Tubenlumen, sondern in der Muscularis der Tubenwand. Findet zufällig die Nidation

auf der Höhe einer dicken Schleimhautfalte statt, dann ist die Bildung der Capsularis vollkommener und es vergeht längere Zeit bis das Ei die Muskulatur erreicht und wandzerstörende Wirkung entfalten kann. Man darf wohl annehmen, daß allgemein die Capsularis von vornherein meistens von Schleimhaut und Muskulatur gebildet wird und daß die wuchernden Trophoblastmassen bald die Capsularis zerstören und die sich bildende Plazenta die ganze Circumferenz der Tubenwandung als Haftboden benützt. Solange die Tubenwand dem Druck der wachsenden Frucht standhält und die intervillösen Räume geschlossen bleiben, ist die Schwangerschaft ungestört. Gewöhnlich werden aber durch die histolytische Tätigkeit des Trophoblasten Gefäße in der Tubenwand arrodiert, aus denen es zu einer Blutung in die Eikapsel kommt. Die Blutmenge kann so groß werden, daß die Capsularis, die ja sowieso dünner ist als bei einer uterinen Schwangerschaft, platzt. Das zerstörte, durchblutete Ei wird zum Fremdkörper, löst Tubenkontraktionen aus, wodurch dann das Ei hier und dort von seinem Haftboden losgerissen wird. Aus diesen flächenhaften Wunden ergießen sich neue Blutmengen und durch die Tubenkontraktionen kann das abgestorbene, losgelöste Ei an der Stelle des geringsten Widerstandes, durch das Ostium abdominale in die freie Bauchhöhle getrieben werden. In diesem Falle spricht man von einem Tubarabort oder hinsichtlich seiner pathologisch anatomischen Auswirkung, dem Zerreißen der Capsularis nach innen von einem inneren Fruchtkapselaufbruch (Werth). Die Blutung dabei kann mäßige Grade annehmen oder auch stärker sein. Es senken sich die Blutmassen in den Douglasschen Raum als Haematocele retrouterina, können teilweise gerinnen und mit dem Ei resorbiert oder bindegewebig organisiert werden, indem sie eine aseptische Peritonitis verursachen, wobei sich Darmschlingen dachförmig darüberlegen, miteinander und dem Netz verkleben und so eine völlige Abkapselung gegen die freie Bauchhöhle bewirken. Diese Form der Entwicklung könnte eine Spontanheilung der gestörten Extrauteringravidität verursachen. Meistens dringt auch ein Teil des Blutes durch das Ostium uterinum in die Gebärmutterhöhle und von dort nach außen. Als Folgen der Haematocele bei einer Organisation bleiben meist derbe Adhaesionen, die den Uterus retrofixieren.

Dem gegenüber steht die andere Form der gestörten Tubargravidität, die Ruptur der Tubenwand, oder äußerer Fruchtkapselaufbruch: durch die histolytische Trophoblastentätigkeit wird die Muscularis der Tube soweit zerstört, daß nur noch die Serosa der Tube die Fruchtkapsel umschließt. Die vordringenden Chorionzotten erreichen die Oberfläche der Tuben und eröffnen die dort verlaufenden Gefäße. Es ist verständlich, daß je nach Größe des arrodierten Gefäßes die Blutung aus ihm verschieden stark sein kann. Zumeist ist es so, daß ein geringfügiges Trauma genügt, die Blutung foudroyant werden zu lassen. Die Störung der interstitiellen und isthmischen Tubenschwangerschaft erfolgt fast immer unter dem Zeichen einer Ruptur.

Diagnose.

Die Diagnose einer vollkommen intakten Tubenschwangerschaft ist außerordentlich schwer. Die schwangere Tube soll sich, je nach dem Alter der Schwangerschaft verdickt auffallend weich anfühlen (Veit). Dem praktischen Arzt wird sehr selten die Aufgabe gestellt werden, derartige Frühdiagnosen zu stellen. Viel wichtiger ist die Erkennung einer gestörten Tubenschwangerschaft, da dabei jede Stunde Abwarten die Patientin dem Tode näher bringen kann. Wichtig ist, daß man als praktischer Arzt mindestens bei Bestehen einer unklaren abdominellen Erkrankung einer im gebärfähigen Alter stehenden Frau an eine Extrauterinschwangerschaft denkt. Wenn dann die Anamnese in dieser Richtung erhoben, die klinischen Erscheinungen für Tubargravidität sprechen, wird man nach der gynaekologischen Untersuchung in der Wahrscheinlichkeitsdiagnose ein gutes Stück weitergekommen sein.

Bei der peinlich genau erhobenen Anamnese ist wichtig, unter allen Umständen auch die leichteste Störung im Menstruationszyklus in Erfahrung zu bringen. Wenn auch die letzte terminmäßig zu erwartende Blutung nicht ganz ausgeblieben ist, so muß festgestellt werden, ob sie verzögert oder verringert war. Es ist wichtig zu wissen, ob evtl. ein fieberhafter Abort — auch vor normalen Geburten —, ein Puerperalfieber, Gonorrhoe, Bauchfellentzündung bei vorher kürettierten Frauen oder sonst irgend eine Erkrankung vorausgegangen ist, nach deren Ablauf man auf Veränderungen der Gebärmutteranhänge schließen könnte. Es ist weiter nach allgemeinen Schwangerschaftszeichen zu

fragen. Hat man durch diese Erhebung Verdacht geschöpft, so gibt es eine Reihe von klinischen Erscheinungen, z. T. auch nach Angabe der Patientin, die uns — wenn auch nur teilweise bestehend — das Vorliegen einer Extrauterinschwangerschaft als wahrscheinlich erscheinen lassen:

Mit beginnender Störung einer vorliegenden Tubenschwangerschaft treten intensive Unterleibsschmerzen auf, die häufig von den Kranken genau lokalisiert werden. Sie werden wehen- und krampfartig angegeben und müssen auch als Wehen angesehen werden, wenn sie auch nur auf Kontraktionen der Wandmuskulatur der Tuben beruhen, die sich durch die Tubenwehen des Fremdkörpers entledigen möchten. Gleichzeitig erfolgt fast immer neben beginnender Störung des Allgemeinbefindens eine Blutung nach außen. Diese Blutung aus dem Uterus rührt nur in seltenen Fällen aus dem schwangeren Eileiter her, sondern sie stellt meistens eine venöse Stauungsblutung aus der sich abstoßenden Decidua dar. Histologisch gesehen beginnt die Abstoßung mit einer fleckförmigen Involution der Decidua, die auf die Hälfte ihrer ursprünglichen Höhe herabsinkt; dieses beruht auf einem Oedemverlust. Danach folgt eine teilweise Rückbildung der sekretorischen Phase der Drüsenepithelien, wobei die spiralförmigen Endarterien noch bis unter das Oberflächenepithel heranreichen. Dann kommt es zu subepithelialen Blutaustritten infolge Rhexis des oberflächlichen Capillarnetzes und zur Ausbildung einer Desquammation der obersten Deciduasschicht. Die Stärke der Blutung wechselt recht erheblich; in einzelnen Fällen handelt es sich um ein schmieriges, bräunliches Sekret, das längere Zeit abgesondert wird, nachdem vielleicht einmal ein größerer Klumpen (Decidua uterina) ausgestoßen wurde, in anderen Fällen wiederum ist die Blutung recht erheblich, so daß die Patientin und ihre Umgebung deshalb in Sorgen sind. Der gewöhnliche Ablauf einer Blutung bei gestörter Tubengravidität wird in der Kurve von Kaltenbach dargestellt: auf die normale Menstruation folgt eine mehr oder weniger lange Pause (meistens 6—8 Wochen), dann eine Steigerung des Blutabganges, die bald gering wird, aber sich durch die ganze Krankheitsdauer hinzieht. Daneben bestehen Zeichen innerer Blutung, je nach deren erfolgter Stärke: blasse Haut und Schleimhäute, Ohnmachten, die ebenso wie die Anaemie verschiedene Grade zeigen können, je nachdem, ob

die Blutung langsam oder schnell erfolgt. Es kann eine ausgesprochene Bradykardie vorliegen mit frequentem, fadenförmigem, kaum fühlbarem weichen Puls. Die Temperatur hat beim akuten Beginn immer subnormale Werte, sie kann bei längerer Krankheitsdauer mäßig erhöht sein als Zeichen beginnender Resorption oder beginnender Infektion der Haematocele. Ebenso kann durch Resorption des langsam sich ergießenden Blutes Ikterus bestehen. In den meisten Fällen werden ein- oder doppelseitige Schulterschmerzen angegeben: sie beruhen darauf, daß beim Einfließen einer größeren Menge flüssigen Blutes in den Bauchraum dieses, namentlich bei Tieflagerung des Kopfes, in den subphrenischen Raum gelangt und durch Reizung der sensiblen Fasern des Phrenicus das Phrenicussymptom, den Schulterschmerz auslöst. Weiterhin kann bei Frauen mit dünnen Bauchdecken vor allem bei Bestehen eines Nabelbruchs das Cullen-Hellendallsche Zeichen vorhanden sein: ein bläuliches, blaugrünes oder dunkelblaues Durchschimmern des intraperitoneal angesammelten Blutes. Es kann vorhanden sein das Blasensymptom: häufiges Drängen zur Harnblasenentleerung bei bevorstehender Ruptur der schwangeren Tube, oder als Folge der Blutdrucksenkung das Nierensymptom, die vollkommene Anurie, minimale Urinsekretion, Harnblasenleere bei vorher intakter Nierenfunktion als Ausdruck der Entflüssigung des Organismus bei schon erfolgter intraperitonealer Blutung. Und es kann endlich bei schon bestehendem retrouterinem Haematom durch rein mechanische Einwirkung die Defäkation schmerzhaft sein. Alle diese klinischen Erscheinungen sind teils durch Befragen, teils durch genaueste Beobachtungen der Kranken nachzuprüfen. Sie können in einem Fall stärker zum Ausdruck kommen, im anderen größtenteils fehlen.

Sicher und alarmierend sind die Zeichen innerer Blutung bei der Tubenruptur: Wenn bei geringstem Verdacht auf Bestehen einer Schwangerschaft als Beginn der Erkrankung intensive Schmerzen im Unterbauch angegeben werden und man Zeichen lebensbedrohlicher Anaemie findet: ein angstverzerrtes Gesicht, wechselnde Ohnmachten, Schweißausbrüche, blasse Haut und Schleimhäute, mühsame Atmung, weichen, fadenförmigen Puls, dann darf man nur aus den Erscheinungen der Diagnose: geplatzte Tubargravi-

dität sicher sein und hat die Frau ohne Zögern, aber auch ohne Herzmittel dem nächsten Krankenhaus zuzuführen oder notfalls den Operateur schleunigst ins Haus der Kranken kommen zu lassen. Sollte sich dann wirklich eine Fehldiagnose herausstellen, so würde in dem Fall klinische Behandlung ohnehin notwendig oder fachärztliche Beratung erwünscht sein.

Und auch beim Tubenabort: können wir aus den Symptomen allein annehmen, daß es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um einen solchen handelt, dann gehört die Patientin ohne gynaekologische Untersuchung in die Hände des Facharztes. Denn auch durch eine zart ausgeführte gynaekologische Untersuchung kann die schon stehende Blutung aufs neue in Gang kommen und die Frau zumal bei längerem Transport in größte Gefahr gebracht werden.

Aber leider sind die Erscheinungen beim Tubenabort meistens nicht so, daß man dadurch schon zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose käme. Dann muß gynaekologisch untersucht werden, um zumindesten einen Tubenabort auszuschließen: bei der Spekulumeinstellung sieht man Zeichen bestehender Gravidität, da der Uterus auch bei ektopischer Gravidität alle Schwangerschaftsveränderungen erfährt: Hyperaemie und Hypertrophie und Deciduabildung. Wenn er bei der bimanuellen Untersuchung herauszupaulpieren ist, finden wir an ihm typische Veränderungen entsprechend einer Gravidität menses II. Bei dem vielgestaltigen Tastbefund stellt man häufig nach Entwicklung einer Haematocele retrouterina einen ungleichmäßigen, adhärenten, oft etwas fluktuierenden Tumor von teigiger Konsistenz fest, von dessen dicker Wandung bisweilen das Gefühl des Schneeballknirschens ausgeht. Viel schwieriger aber ist natürlich der Tastbefund zu deuten, wenn noch keine Haematocele ausgebildet und nebenher evtl. noch Lageveränderungen des Uterus bestehen. Dann zwingen die Symptome wahrscheinlicher Tubargravidität bei ungeklärtem Tastbefund, die Patientin sofort abzugeben.

Differenzialdiagnose.

Sind die klinischen Erscheinungen nun aber nicht so eindeutig, daß ein Verdacht eines tubaren Abortes berechtigt erscheint, und so ist es leider in vielen Fällen, dann sind differenzial-diagnostische Erwägun-

gen anzustellen, wobei ich nur die nächstliegenden Krankheitsbilder erwähnen will.

1. Abort.

Dafür eine eigene Beobachtung: J. D., Mechanikersfrau, 25 J. alt, mittelgroß, ausgesprochene Asthenika. Sie ist aufgeweckt und aufgeschlossen und gibt bei Erhebung der Anamnese gute Auskunft. Irgend welche besonderen Krankheiten hat sie nicht durchgemacht. Menarche mit 16 Jahren, Menstruation drei Jahre lang sehr unregelmäßig mit starken Rückenschmerzen, 2—3 Tage dauernd. Nach ihrer Verheiratung mit 19½ Jahren wurde die Menstruation allmählich regelmäßig mit wenig Beschwerden. Sie hat bis zum Eintritt einer Schwangerschaft mit 22 Jahren immer etwa in der Mitte zwischen zwei Regelblutungen heftige Schmerzen im Unterleib gespürt, so daß sie sich mindestens ½ Tag bis 1 Tag hinlegen mußte. Die Schwangerschaft verlief ohne Störungen, ebenso die in einer Klinik erfolgte Entbindung. Das Wochenbett war nicht ganz glatt, sie mußte etwa drei Wochen liegen und hatte leichte Temperaturerhöhung, herrührend nach ihrer Angabe scheinbar von einer Endrometritis. ½ Jahr nach der Entbindung Wiedereinsetzen der Regel, die bald etwa ein Jahr lang vollkommen normal war. Seit etwa sechs Monaten hat sie wieder ihre Blutungen in Abständen von 6—7 Wochen. Die letzte Regel war vor sieben Wochen, und etwa vor acht Tagen setzten bei ihr die ihr schon lange bekannten Bauchschmerzen ein. Dieses Mal etwas mehr an der rechten Seite empfunden, krampfartig und länger anhaltend. Seit zwei Tagen sind die Schmerzen erheblich geringer, sie fühlt sich aber dennoch nicht recht wohl. Irgend welche subjektiven Veränderungen, die für Bestehen einer Schwangerschaft sprächen, bestehen nicht. Die Schleimhäute sind gut durchblutet, der Puls kräftig, regelmäßig, nicht beschleunigt, die Zunge ist feucht. Es besteht keine Temperaturerhöhung, bei der Palpation des Abdomens werden nach starkem Druck, besonders in der rechten Unterbauchseite etwas Schmerzen angegeben. Ich beruhigte mich mit der Annahme, daß in Kürze bei der Patientin die Menstruation einsetzen würde und eben ihr der Mittelschmerz dieses Mal besonders zu schaffen gemacht hätte. Drei Tage später wurde ich zu ihr gerufen, und sie gab an, daß einige Stunden nach meinem ersten Besuch unter stärkeren Schmerzen ihre Blutung eingesetzt habe, nur

mäßig stark und jetzt vor etwa sechs Stunden unter heftigeren ziehenden Schmerzen eine kleine Frucht ausgestoßen sei. Die Blutung hielte auch jetzt noch unter Schmerzen verstärkt an. Seit einiger Zeit hätte sie auch ein Anschwellen beider Brüste empfunden. Das Ausgestoßene war leider nicht mehr vorhanden, konnte aber nach ihren Beschreibungen durchaus eine Frucht gewesen sein. Ich entschloß mich unter Annahme eines Abortus incompletus zur Abrasio, die ich im Eunarkonrausch vornahm. Nach Einstellen mit dem selbsthaltenden Spekulum zeigte sich die Schleimhaut livide verfärbt, die Portio stark durchblutet. Der Cervikalkanal war ohne weiteres für Hegar VIII durchgängig, die Sondierung bis Marke VIII möglich. Die Abrasio ergab keine Plazentareste. In der Meinung daß ein kompletter Abortus vorläge, verzichtete ich zur Vermeidung einer Infektion auf eine digitale Exploration, gab ihr ½ ccm Gynergen i. m. und verordnete unter Fieberkontrolle drei Tage Bettruhe und Kaltwasserumschläge. Nach sechs Tagen wurde ich wieder zu ihr gerufen, da sie immer noch blutete. Sie wäre nach vier Tagen aufgestanden, hätte dann aber wieder heftige Bauchschmerzen bekommen, die nach Bettruhe wieder weniger geworden wären. Die bei meinem Besuch nunmehr ausgeführte gynaekologische Untersuchung ergab einen etwas vergrößerten Uterus und rechts neben ihm eine gute herauszutastende, etwa daumendick vergrößerte, weiche Tube. Es erfolgte nunmehr sofortige Krankenhauseinweisung. Bei der Laparatomie fand sich eine Tubargravidität der rechten Seite, mit geringer Blutung aus dem Ostium abdominale und wenig Blut im Douglas.

Welche Momente waren außer Acht gelassen, oder welche Kardinalfehler begangen?

1. Es war überhaupt nicht an eine Tubargravidität gedacht.

2. Die von der Frau bei Beginn der Störung eindeutig angegebenen krampfartigen Schmerzen, abdominell rechts neben dem Uterus palpiert und auch nach Ausstoßung der vermeintlichen Frucht noch bestehend, wurden als wichtiges differenzialdiagnostisches Symptom übersehen: mit Absterben der extrauterinen Frucht oder beginnender äußerer Blutung treten Schmerzen (Tubenkontraktionen) auf. Nach Eintritt der Blutung beim drohenden uterinen Abort sind

keine Schmerzen mehr vorhanden, weiterhin bestehen Schmerzen beim drohenden uterinen Abort in der Mitte hinter der Symphyse und nicht einseitig. Besteht eine starke Blutung, so handelt es sich gewöhnlich um einen intrauterinen Abort, die Blutung nach außen bei Extrauteringravidität pflegt gering zu sein.

3. Obwohl bei der Abrasio keine Plazentareste gewonnen waren, wurde nicht der Versuch gemacht, Material für eine mikroskopische Untersuchung zu gewinnen; denn jedes pathologische Institut hätte innerhalb drei Tagen das Fehlen von Chorionzotten in diesem Präparat mitteilen können, die beim intrauterinen Abort immer vorhanden sind.

4. Es wurde die hier gegebene Narkose, die sonst nur in der Klinik in besonderen Fällen zur Untersuchung Anwendung findet, nicht ausgenützt.

5. Es wurde eine Kürettage am untauglichen Objekt vorgenommen.

Was kann man aus diesm Fall folgern: Niemals darf beim anzunehmenden Abort eine Kürettage ausgeführt werden, wenn die Erscheinungen nicht eindeutig für intrauterinen Abort sprechen; denn schon durch das Herunterziehen der Portio kann die Ruptur der schwangeren Tube eintreten und durch die intrauterinen Manipulationen eine Infektion gesetzt werden. Die gynaekologische Untersuchung hat Klarheit zu schaffen und die Abrasio verbietet sich für den Praktiker von selbst, wenn ein Tumor festgestellt ist. Immer hat man genauestens alle Abgänge aus dem Uterus zu untersuchen: Bei Betrachtung im klaren Wasser kann man die frei flottierenden Zotten des Chorions bei intrauterinem Abort leicht erkennen hingegen fehlen sie der Decidua bei Extrauteringravidität, die in toto dreizipflig, als Gewebsfetzen dick und gewulstet erscheinen.

Cystitis.

Daß auch eine Verwechslung mit Blasenerkrankungen vorkommen kann und sie deshalb in die Reihe der Differenzialdiagnosen mit einzubeziehen sind, ergibt folgende Beobachtung: In Vertretung eines verunglückten Kollegen übernahm ich als Besuchsfall eine Patientin, die mir als Cystitis angegeben war:

A. S., 28 Jahre alt, kräftig, robust, vier Jahre kinderlos verheiratet, angeblich noch nie krank gewesen, lag drei Wochen zu Bett. Die nähere Anamnese ergab folgendes: Die letzte Regel war bei früher vollkommen regelmäßigem, normalem Ablauf drei Tage verspätet eingetreten. Zum normalen Termin aber hätte sie heftige Bauchschmerzen bekommen, am nächsten Tag häufiges Drängen zum Wasserlassen und auch Schmerzen bei wenig Urinausscheidung. Den Arzt hätte sie bestellt, als sie schon zwei Tage zu Bett lag und die Schmerzen nicht vergehen wollten. Die Temperatur hätte sich während der ganzen Zeit zwischen 37,6 und 38.6 bewegt. Der Kollege wäre vor zehn Tagen zum letzten Mal bei ihr gewesen und seit zwölf Tagen blute sie, nicht stark, aber immerhin so, daß die Vorlage dauernd verfärbt wäre. Irgendwelche größeren Stücke wären nicht abgegangen. Der Puls war kräftig, die Schleimhäute gut durchblutet, die Zunge feucht. Temperatur: 38.2. Die Palpation des Abdomens ergab eine Druckschmerzhaftigkeit des ganzen Unterbauches, aber besonders rechts. Wegen der Regelanamnese und der Blutung erfolgte die gynäkologische Untersuchung der Patientin im Bett. Von der Portio war kaum etwas zu fühlen, ihre Konsistenz war weich, der Uterus bei sehr straffen Bauchdecken nicht durchzutasten. Bei zarter Untersuchung wölbte sich der Douglas stark vor. Es war besonders rechts eine große, teigige Resistenz zu fühlen, die an mehreren Stellen Fluktuation zeigte. Die Ausdehnung dieser Resistenz konnte ich nicht abgrenzen. Ich habe die Frau unter dem Verdacht einer Haematocele retrouterina zur Operation eingewiesen. Der Verdacht bestätigte sich bei der Laparatomie: Tubarabort aus der rechten Tube, die Bauchhöhle war frei, das im Douglas gesammelte Blut war zum großen Teil geronnen und in Organisation begriffen, Darmschlingen und Netz hatten sich darübergelegt und waren miteinander verklebt, so daß der Douglas gegen die freie Bauchhöhle abgekapselt war. Bei der Operation mußten beide Tuben entfernt werden.

F o l g e r u n g : Der vorbehandelnde Kollege hatte das Blasensymptom – als Zeichen drohender Tubenruptur im Symptomenkomplex genannt — verkannt und hatte ohne gründliche Untersuchung eine abwartende unzulängliche Therapie angewandt, die Frau in schwere Gefahr gebracht and durch Zeitverlust wahrscheinlich auch die Notwendig-

keit der Resektion beider Tuben, also dauernde Sterilität der kinderlosen Frau verursacht. Klarheit schafft in solchen Fällen neben der gynäkologischen Untersuchung die zumindest unerläßliche Urinuntersuchung, die dann einen entsprechenden Befund ergeben muß.

Appendicitis.

Daß besonders für den praktischen Arzt differenzialdiagnostische Ueberlegungen zwischen Tubenabort und Appendicitis notwendig sind, wenn sie auch erst besonders schwierig sein sollen bei fortgeschrittener Tubargravidität (Hoehne) beweisen die vielen der unter dieser Diagnose eingewiesenen Kranken, die aber häufig schon bei der Aufnahme durch eine infolge des Transports aufgetretene neue Blutung klassische Symptome einer geplatzten Tubargravidität zeigen:

M. K., 32 Jahre alt, Landarbeitersfrau, mittelgroß, kräftig, pyknische Konstitution. Sie war bisher noch niemals krank. Vor 6, 5 und 4 Jahren hat sie komplikationslos entbunden, das letzte Kind ist nach drei Tagen gestorben. Hatte vor drei Jahren eine Fehlgeburt im dritten Schwangerschaftsmonat und dabei etwas Temperaturerhöhung. Menses alle 27 Tage, drei Tage dauernd ohne Beschwerden. Seit etwa drei Wochen hat sie Magenbeschwerden, die aber nicht näher bezeichnet werden können und auch manchmal Durchfälle und vor zehn Tagen noch eine Halsentzündung gehabt. Die letzte Regel war vor 3½ Wochen und verlief in gewohnter Weise. Jetzt, seit etwa zehn Stunden, heftige Bauchschmerzen, besonders rechts mit Brechreiz. Befund: Temperatur 37,5. Zunge feucht, etwas belegt. Puls kräftig, leicht beschleunigt. Haut von normaler Farbe. Schleimhäute genügend durchblutet. Das Abdomen ist im allgemeinen weich. Sie gibt aber bei Druck im Oberbauch zwischen Nabel- und Schwertfortsatz Schmerzen an, auch das Uebelkeitsgefühl wurde dadurch verstärkt. In der Gegend des Mc. Burney nicht sichere reflektorische Muskelspannung, kein umschriebener Tumor. Loslaßschmerz vorhanden. Die Gegenden rechts und links neben der Symphyse sind scheinbar frei. Peristaltische Geräusche sind im Oberbauch lebhaft, im Unterbauch vereinzelt zu hören. Wenn ich auch der Diagnose akute Appendicitis sicher zu sein glaubte, so war mir das Allgemeinbild doch nicht so schlecht, daß ich eine Ueberweisung vornahm. Der Besuch erfolgte gegen Abend. Ich verordnete für die Nacht kalte Umschläge und ließ nur schluckweise dünnen Tee trinken. Frühmorgens am

nächsten Tag zweiter Besuch: Die Bauchschmerzen hatten zugenommen, der Brechreiz verstärkt, die Temperatur 37,9 (morgens!), der Puls kräftig, Frequenz aber 100. Das Abdomen war nun überall druckempfindlich, die Zunge etwas trocken. Wegen der beginnenden Peritonitis nahm ich sofort Krankenhausüberweisung vor. Im Krankenhaus wurde wegen des anscheinend einwandfreien klinischen Befundes einer Appendicitis mit beginnender Peritonitis zur Appendektomie vorbereitet. Nach Eröffnung des Peritoneums wird blutiges Bauchwasser und zwischen den Darmschlingen Blutgerinsel sichtbar. Appendix ist unverändert. Es zeigt sich dann, daß die linke Tube eine etwa 10-Pfg.-Stück große Perforationsöffnung aufweist und aus einem kleinen Gefäß dieses Gebiets Blut heraussickert. Auch im Douglas ist z. T. schon geronnenes Blut vorhanden. Die rechte Tube ist unverändert. Die erkrankte linke wird unter Belassung des Ovars abgetragen und die Operation in typischer Weise beendet. Die Patientin hat sich schnell erholt und konnte geheilt entlassen werden.

F o l g e r u n g e n: Gerade hier ist es wichtig, neben den allgemeinen Anaemieerscheinungen alle Symptome intraperitonealer Blutung zu beachten: Auftreibung des Abdomens, tympanitischer Klopfschall der meteoristischen Därme, Dämpfung in den abhängigen Partien oberhalb der Symphyse und in der Flankengegend ohne Fluktuation, Nabelsymptom und die peritonealen Reizsymptome: Uebelkeit, Spontanschmerz im Epigastrium, Schulterschmerz auch doppelseitig, Druckempfindlichkeit, besonders des Hypogastriums mit Vorwiegen der Rupturseite, Druckschmerzhaftigkeit des Epigastriums oder des ganzen Bauches. Die bei Beginn einer Störung der Extrauteringravidität auftretenden Schmerzen werden wehenartig intensiv empfunden, an einer Seite des Unterbauches lokalisiert, entstehen meist immer aus völliger Gesundheit heraus.

Die vorwiegenden Symptome der Appendicitis sind: Anamnestisch: Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Magen- und Darmverstimmung, Uebelkeit, Brechneigung, Brechreiz. Häufig ist eine Angina vorangegangen. Der Spontanschmerz tritt fast immer zu Beginn im ganzen Bauch auf, wird dann in die Magen-, später in die Nabelgegend verlegt und lokalisiert sich nach einigen Stunden in die rechte Unterbauchgegend.

Im Befund: Beim Husten Schmerzen an der Stelle des entzündeten Wurms, bei Lagerung auf die linke Seite

ziehende Schmerzen rechts. Kompression des Kolon ascendens von oben nach unten erzeugt Schmerzen in der Ileocoecalgegend, ebenso tiefes Eindrücken links und Hochschnellenlassen der untersuchenden Hand. Zug am rechten Samenstrang kann schmerzhaft sein, ebenso Bewegungen des rechten Beines im Hüftgelenk. Bei Bauchfellbeteiligung tritt die unwillkürliche reflektorische Muskelabwehrspannung an typischer Stelle hinzu, die uns die Ausbreitung der Entzündung auf das Bauchfell nachweisen läßt. Der Brechreiz oder das Erbrechen wird stärker. Temperaturen sind dabei meist schon höher. Bei ausgebildeter Peritonitis sind reflektorische Muskelspannung und Schmerz sehr ausgedehnt, die Peristaltik merkbar herabgesetzt oder fehlend. Die Erscheinungen können aber natürlich stark variieren bei unnormaler anatomischer Lage des Wurmfortsatzes.

Es ergibt sich aus dem Angeführten, daß sich die peritonealen Symptome bei geplatzter Tubenschwangerschaft und Appendicitis in vielem decken, und wenn spezifische Symptome nicht besonders hervortreten, die Anamnese nicht charakteristisch ist, dann kann die Differenzialdiagnose im Privathause schwierig sein. Weitgehendste Klärung aber ergibt die bimanuelle gynäkologische oder rektale Untersuchung mindestens bei frischen Krankheitsprozessen. Sie hat auch im Privathause beim Bestehen geringster Zweifel vor abwartender Behandlung zu erfolgen und wird von den meisten Chirurgen überhaupt vor der Diagnose Appendicitis oder Perityphilitis grundsätzlich gefordert: Beim Abheben der Portio oder Bewegen des Uterus in der Richtung gegen die Symphyse vom hinteren Scheidengewölbe aus werden beim tubaren Abort Schmerzen (sogenannter Lüftungsschmerz) angegeben, aber ohne gleichzeitige Abwehrspannung, wie bei der Bauchfellentzündung. Bei unkomplizierter Appendicitis besteht natürlich kein gynäkologischer Tastbefund, die Schmerzhaftigkeit wird bedeutend höher festgestellt. Der Douglasabszeß ist als schmerzhafte, fluktuierende Vorwölbung zu fühlen, macht schleimige Durchfälle und lästige Darmtenesmen. Im geschilderten Fall war die gynäkologische Untersuchung von beiden Untersuchern unterlassen. Da aber beide Krankheitserscheinungen chirurgische Behandlung erfordern, entsteht im Ausgang deshalb meist kein Unglück, weil die Krankenhauseinweisung jedem notwendig erscheint.

Ernst aber sind die Folgen bei der Verwechslung eines Tubenaborts mit einem Adnextumor, weil durch Abwarten dann kostbare Zeit vergeht. Die Differenzialdiagnose ist schwer. Auch dem in der gynäkologischen Untersuchung Geübten werden sich erst recht bei der Untersuchung im Krankenbett große Schwierigkeiten ergeben. Es gibt aber Anhaltspunkte zur Unterscheidung, bei deren Beachtung man im Privathause in der Diagnosenstellung doch etwas weiter kommen kann.

Ungemein wichtig ist auch hier wiederum die Anamnese und die Prüfung der für den Tubenabort schon angegebenen charakteristischen Symptome. Der Adnexentzündung fehlt die Plötzlichkeit des Beginns, es sind ihr häufig vorausgegangen fieberhafte Aborte, Geburt, Abrasio, Abtreibungsversuche oder es bietet sich der typische Beginn der Erkrankung nach einer Menstruation bei bestehender Gonorrhoe. Meistens ist auch zwei bis vier Tage vor Beginn der Schmerzen allgemeines Krankheitsgefühl vorausgegangen (Prodromalerscheinungen). Bei entzündlicher Genese des Tumors ist die Temperatur meist höher, es sei denn, daß die Haematocele retrouterina schon in Resorption begriffen oder infiziert wäre. Die Schmerzen bei beginnender Störung der Tubargravidität sind intensiv und wehenartig, meist einseitig und unterscheiden sich deutlich in ihrer Stärke von den meist allgemein als Unterleibsschmerzen angegebenen anhaltenden Schmerzempfindungen bei entzündlichen Adnextumoren.

Im akuten Stadium der Adnexentzündung stehen peritoneale Reizerscheinungen des Unterbauches im Vordergrund. Die Schmerzen sind meist doppelseitig vorhanden und strahlen nach den Beinen oder Rücken zu aus oder werden ganz ausgesprochen auf eine Kreuzdarmbeinfuge beschränkt, gleichzeitig pflegt der Stuhl angehalten zu sein, während das bei gestörter Tubargravidität meist vorhandene Blasensymptom fehlt. Dabei besteht schweres allgemeines Krankheitsgefühl, wie wir es bei der Tubargravidität eigentlich nur nach starker Blutung, aber in anderer Form haben.

Wegen der Wichtigkeit der Unterscheidung sei der gynäkologische Tastbefund beim Tubenabort noch einmal kurz angegeben: Im Spekulum findet man Schwangerschaftsveränderungen wie bei intrauteriner Gravidität. Der

bimanuelle gynäkologische Befund ergibt bei ausgebildeter Haemotocele: Ein konvex vorgewölbtes hinteres und seitliches Scheidengewölbe mit Verdrängung des Uterus zur Seite und nach vorn, einen ungleichmäßigen, adhaerenten, oft etwas fluktuierenden, meist nur eine Beckenhälfte ausfüllenden Tumor von teigiger Konsistenz und dicker Wandung. Bei der Palpation hat man manchmal das Gefühl des Schneeballknirschens. Die Veränderung der Geschwulst, die relativ schnelle Zurückbildung als auch deren rasche Größenzunahme nach dem Douglasschen Raum und Becken sprechen für die Blutnatur (Stoeckel) und gegen Entzündung. Am Uterus bestehen Veränderungen, wie bei Gravidität M. II.

Ist die Haematocele noch nicht stark ausgebildet, so kann es gelingen, das z. T. schon aus dem Tubenostium herausgedrängte Ei als Tumor einer Seite am ampullären Tubenende zu palpieren und von dort die sonst nicht verdickte Tube bis zum Uterusansatz zu verfolgen. Ist nur ein unklarer Tumor palpiert, so besteht bei Tubengravidität an der erkrankten Seite ein Druckschmerz am Tubenabgang neben dem Uterus. Beim Auslösen des Lüftungsschmerzes besteht keine Abwehrspannung.

Bei der Adnexentzündung stehen, wie schon erwähnt, im akuten Stadium peritoneale Reizerscheinungen im Vordergrund, daher ist die Palpation häufig durch die vorhandene Bauchdeckenspannung behindert und ist als wichtiges Zeichen einer frischen Unterleibsentzündung zu werten. Wenn Fluor bestand, so ist er häufig seit Beginn der Erkrankung verstärkt. Schon beim geringsten Druck auf die Portio wird als Ausdruck beginnender Perimetritis heftigster Schmerz ausgelöst (Bewegungsschmerz der Gebärmutter). Der Tastversuch der Uterusseitenteile scheitert an der Schmerzhaftigkeit der fast immer doppelseitig befallenen Anhänge. In seltenen Fällen wird es bei nicht allzustarker Bauchdeckenspannung gelingen, die Tuben als derbere Stränge neben dem Fundus uteri zu fühlen. Bei ausgebildeten Adnextumoren, die verschieden groß sein können, fühlt man neben und hinter dem Uterus diffuse Resistenzen, oder schon deutlich abgrenzbare rundliche, sehr druckempfindliche Verdickungen. Die Tumoren können eine gewisse Beweglichkeit zeigen, fühlen sich weich oder derber speckig an und zeigen häufig Fluktuation. Bei Be-

teiligung des Parametriums ist die Tumorabgrenzung nach unten zu unscharf, die parametrane, harte, derbe, diffuse Resistenz geht breitbasig auf die Beckenwand über und ist unbeweglich.

Zusammenfassend ist also für die Differenzialdiagnose zwischen Tubenabort und Adnextumoren festzustellen:

1. Es bestehen große Unterschiede bei der Anamnese und den Symptomen.

2. Große Unterschiede in der Schmerzempfindung bei der örtlichen Untersuchung und auch bei Beginn der Erkrankung.

3. Die entzündlichen Adnextumoren treten gewöhnlich doppelseitig auf, die Tubargravidität einseitig.

4. Konsistenz und Konfiguration beider Tumoren sind verschiedenartig.

Die sonst noch differenzialdiagnostisch in Erscheinung tretenden näherliegenden Krankheitsbilder sollen nur kurz angegeben werden, ohne Seltenheiten zu berücksichtigen:

Der retroflektierte, inkarzerierte, gravide Uterus füllt das ganze kleine Becken aus und ist in allen Teilen weich. Die Haematocele setzt sich nicht nur median nach oben, sondern dem Eisitz entsprechend ausgesprochen nach einer Seite des Beckens hin fort. Genaue Anamnese und sorgfältiger Tastebefund schützen vor fruchtlosen, gefährlichen Aufrichtungsversuchen. Im Zweifelsfall ist die Untersuchung in Narkose durch den Facharzt erforderlich, dem meist das Palpieren des graviden Uterus mühelos gelingt oder durch klinische Maßnahmen eine Diagnose sichern kann. Die Entwicklung der Beschwerden geschieht langsam.

Beim stielgedrehten Ovarialtumor setzen die Krankheitserscheinungen ebenso plötzlich ohne Krankheitsanzeichen ein wie bei der gestörten Extrauteringravidität. Die Diagnose kann sich aber dadurch erbringen lassen, daß der Ovarialtumor oberhalb des Beckeneingangs palpiert wird.

Die Symptome des Strangulationsileus sind ganz davon abhängig, ob und in welchem Grade mit der Unwegsamkeit des Darms auch eine Störung seines Blutkreislaufes verbunden ist. Wird der Kreislauf unterbrochen, so folgen dem plötzlichen Beginn mit heftigsten Schmerzen bald die Perforation oder Nekrose ganzer Darm-

teile hervorrufenden schwere allgemeine Krankheitszeichen der Peritonitis. Meistens aber sind anamnestisch Darmstörungen nachzuweisen. Die gynäkologische Untersuchung schließt Anzeichen der Extrauteringravidität aus.

Wenn ich auch bei der Aufzählung der Symptome und Befunde der beschriebenen Krankheiten, bei der differenzial-diagnostischen Gegenüberstellung immer wieder darauf hingewiesen habe, daß die Diagnosenstellung des tubaren Abortes vor allem bei Ueberschneidung der Symptome und Befunde auch für den Geübten und natürlich erst recht für den Allgemeinpraktiker außerordentliche Schwierigkeiten bereiten kann — dabei wurden nicht einmal seltenere Vorkommnisse, wie Adnextumor und Tubargravidität, Haematocele anterior, Lageveränderungen des Uterus und Tubargravidität, doppelseitige Eileiterschwangerschaft, gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft u. a. m. berücksichtigt — so möchte ich noch einmal betonen, daß dem praktischen Arzt nur durch Beachtung der Anamnese, Symptome und vergleichende Befunde eine begrenzte Möglichkeit einer Diagnose oder Wahrscheinlichkeitsdiagnose gegeben ist. Da interessiert es natürlich, auf welche Weise die Klinik zur Diagnose kommt und welche Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

In der Klinik besteht die Möglichkeit der Beobachtung unter besonderer Berücksichtigung von Puls und Temperatur und spezifischen Erscheinungen bei dauernder Operationsbereitschaft; die Untersuchung kann unter denkbar günstigen Voraussetzungen erfolgen, wie Entleerung des Rektums und der Blase, Lagerung auf dem gynäkologischen Stuhl unter Zuhilfenahme der Narkose in allen besonders schwierigen oder schmerzhaften Fällen und vor allem erfolgt die Untersuchung durch einen geschulten Arzt, dem die Befunde der gynäkologischen Erkrankungen geläufig sind. Kann die Diagnose dennoch nicht durch den Palpationsbefund allein geklärt werden, so hat er eine Reihe von Hilfsmitteln, nach deren Gebrauch dann allerdings die Diagnose wohl mit Sicherheit gestellt werden kann.

Als wichtigste seien genannt:

Unspezifische Proben:

Die Haemoglobin-Bestimmung und Zählung der roten Blutkörperchen kann, zumal bei stark herabgesetzten Werten und bei Berücksichtigung des sonstigen

Allgemeinbildes der Patientin. einen gewissen Anhalt über die Größe der erfolgten Blutung geben. Die Zahl der Leukozythen erfährt bei Bestehen frischer entzündlicher Prozesse eine Vermehrung. die aber auch durch äußere Faktoren verursacht sein kann.

Die wichtigste dieser für Schwangerschaft unspezifischen Proben ist die Beobachtung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, sie ist bei akut und subakuten Prozessen immer geringer als beim Tubenabort ohne oder mit nichtinfizierter Haematocele. Sollte ihr Ausfall im Stich gelassen haben. so ist die operative Therapie eines Tumors infolge entzündlicher Veränderungen doch meistens vertretbar.

Aber diese Proben haben nur Bedeutung bei Beobachtung des klinischen Gesamtbildes und des Palpationsbefundes. sie können sonst die Diagnose nur in eine gewisse Richtung lenken.

Spezifisch biologische Reaktion:

Die wichtigste der biologischen Reaktionen ist die Aschheim-Zondek'sche Schwangerschaftsreaktion, mit deren Hilfe man in der Lage ist. das Bestehen einer Schwangerschaft in einem sehr frühen Stadium nachzuweisen. Sie gibt nicht allein über das Vorliegen einer intrauterinen Gravidität Auskunft. sondern auch über das Vorhandensein jedes lebenden chorialen Gewebes irgendwo im Organismus. ganz unabhängig davon. wo es sich befindet. Vorbedingung für den positiven Ausfall ist aber. daß die Chorionzotten nicht gänzlich abgestorben sind. sondern noch im biologischen Kontakt mit dem Blute der Mutter stehen. Daher spricht natürlich das negative Ergebnis nicht gegen den Tubarabort. sondern würde nur bedeuten. daß sich in ihm keine biologisch-funktionellen Vorgänge mehr abspielen.

Diagnostisch-therapeutische Probe:

Die Pituitrinprobe nach G. A. Wagner ist diagnostisch-therapeutisch zu werten: 1 –2 ccm Hypophysenhinterlappenextrakt werden täglich i. m. injiziert, dadurch werden uterine Blutungen anderer Aetiologie. besonders solche bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe. meist schon in den ersten Tagen nach den Injektionen coupiert, aber nicht solche uterinen Blutungen. die durch eine gestörte Extrauteringravidität hervorgerufen werden. Hält

die Blutung länger als 5—6 Tage an, so ist bei klinischem Verdacht schon die Diagnose „gestörte Extrauteringravidität" mit größter Wahrscheinlichkeit gegeben. Der positive Ausfall dieser Probe bedeutet gleichzeitig einen therapeutischen Effekt, also Coupieren der Blutung, der negative Ausfall, also Fortbestehen der Blutung, die Diagnose Extrauteringravidität.

Wenn also ein auf Extrauteringravidität verdächtiger Tumor vorliegt, so ergibt die Aschheim-Zondek'sche Reaktion nur ein positives Ergebnis, wenn die Frucht noch lebt oder funktionierende Chorionzotten vorhanden sind; wenn aber eine Blutung besteht, so gibt die Wagner'sche Pituitrinprobe auch noch Auskunft ohne Rücksicht, ob die Frucht lebt oder schon abgestorben ist. Beide Methoden haben den Nachteil, daß sie nur für Fälle Anwendung finden können, bei denen ein Abwarten möglich ist. Da aber der praktische Arzt jede auf ektopische Gravidität verdächtige Patientin sofort in klinische Behandlung geben soll, sind sie für ihn nur in ganz besonderen Fällen brauchbar.

Kleine diagnostische Operationen:

Sobald Veränderungen im Douglas nachweisbar sind, kann natürlich die Untersuchung seines Inhaltes zur Diagnosenstellung herangezogen werden, eine Methode, von der wegen der Einfachheit und Sicherheit des Ergebnisses reichlich Gebrauch gemacht wird. In einigen Kliniken ist die Punktion, in anderen die Explorativkolpocoeliotomie üblich. Die letztere hat den Vorteil, daß sie bei Vorhandensein von Eiter gleichzeitig Therapie bedeutet, bei Vorfinden von Blut, das bei entsprechender Anamnese und Befund für Extrauteringravidität spräche, kann der kleine Einschnitt mit einigen Nähten geschlossen und natürlich die sofortige Operation angeschlossen werden.

Die vorher schon beim intrauterinen und tubaren Abort behandelte Abrasio ist auch als Probeabrasio bei Verdacht auf Extrauteringravidität zu verwerfen: entweder drängen die Krankheitserscheinungen der Patientin zur Entscheidung, dann ist die ungefährliche Kolpotomie schnell ausgeführt oder aber man kann sich Zeit lassen, dann ist die Aschheim-Zondeksche Reaktion und Wagners Pituitrinprobe gegeben, ohne die Kranke bei steter Operationsbereitschaft einer Gefahr, am wenigsten einer Infektionsgefahr auszusetzen.

Schlußfolgerung.

Es sind nur die wichtigsten klinischen Hilfsmittel angegeben, aber durch ihre Anwendung kann die Verdachtsdiagnose einer Extrauterinschwangerschaft gesichert werden. Dem praktischen Arzt, der ja zuerst zu dieser Verdachtsdiagnose kommen soll, stehen eine Fülle von spezifischen Symptomen zur Verfügung, die aber nur wirklichen Wert haben, wenn er sie bei seinen Untersuchungen mit anderen Zeichen möglicher Krankheiten verbindet. Voraussetzung dafür aber ist die genaueste Kenntnis dieser Symptome. Bei keiner Genitalerkrankung der Frau ist die möglichst frühzeitige Diagnose für den günstigen Ausgang der lebensrettenden Operation so ausschlaggebend wie bei der Extrauteringravidität. Dabei kommen aber nur etwa 45 % der in die Klinik mit Extrauteringravidität (einschl. Rupturen) aufgenommenen Frauen mit annähernd richtiger Verdachtsdiagnose des einweisenden Arztes. Mit Zunahme der Gonorrhoe auf dem Lande besteht aber auch ein Ansteigen der Extrauteringravidität und für diese Frauen eine noch größere Gefahr wegen des häufig sehr langwierigen Transportes. Da kann der Arzt nur Helfer sein, wenn er schnell zu handeln in der Lage ist, um den einzig richtigen Behandlungsweg: die schnellste Krankenhauseinweisung zur Abwendung der Katastrophe zu wählen. Nach vollkommener Erfüllung der Vorbedingungen für ein schnelles Handeln könnte dann auch jeder Praktiker am Bestreben erfolgreich mithelfen, daß keine Frau wegen einer Extrauteringravidität unoperiert verbluten darf.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Heidenreich, bin am 22. 12. 1903 in Hille i. Westf. als Landwirtssohn geboren. Ostern 1926 bestand ich die Reifeprüfung am staatl. Gymnasium zu Rinteln a. Weser unter Befreiung von der mündlichen Prüfung und studierte darauf mit Unterbrechungen in Marburg, erledigte in Göttingen das medizinische Vorexamen und bestand am 15. 8. 1934 das medizinische Staatsexamen mit gut. Am 1. 9. 34 erhielt ich meine Approbation und bin nach Ableistung des praktischen Jahres und zwei Jahre Assistentenzeit seit September 1937 als praktischer Arzt niedergelassen. Seit dem 26. 10. 1939 bin ich zur Kriegsleistung eingezogen.